

Benigne Tumoren des Oesophagus

Vorgelegt

von

Matthias Presch

aus

Münchberg

*Diss. Erlangen
1903*

1083 NO 327





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
(Direktor : Prof. Dr. med. F. P. Gall)

BENIGNE TUMOREN DES OESOPHAGUS

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt
von
Matthias Presch
aus
Münchberg

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. V. Becker
Referent: Prof. Dr. B. Husemann
Korreferent: Prof. Dr. F.P. Gall

Tag der mündlichen Prüfung: 29.08.1983

BENIGNE TUMOREN DES OESOPHAGUS

1. Material und Methodik
2. Ergebnisse
 - 2.1. Geschlechts- und Altersverteilung
 - 2.2. Diagnostik
 - 2.2.1. Tumorersterkennung
 - 2.2.2. Beschwerden vor der Operation
 - 2.2.3. Endoskopie
 - 2.3. Tumorsitz
 - 2.4. Therapie
 - 2.5. Komplikationen nach der Operation
 - 2.6. Histologie
3. Diskussion
4. Zusammenfassung
5. Literaturverzeichnis

Benigne Tumoren des Oesophagus beunruhigen schon seit Jahrhunderten die Menschheit, da sie an einer besonders deletären Stelle des menschlichen Körpers sitzen.

So ist es nicht verwunderlich, daß sich schon sehr früh Berichte über Oesophagustumoren fanden.

Bereits um 1559 wurden von Sussius oder Susio der erste Fall einer benignen Oesophagusläsion beschrieben.

Im Jahre 1761 berichtete Morgagni in "De sedibus et causis morborum" von den Leiomyomata des Gastrointestinaltraktes. Rudolf Virchow beschrieb 1863 die Histologie der Leiomyome, und 1932 führte Sauerbruch zum ersten Male eine Resektion durch.

In unserer Zeit werden die meisten benignen Oesophagustumoren rechtzeitig durch eine ausgezeichnete Diagnostik ermittelt - im Gegensatz zu früher, als sich die überwiegende Anzahl von Tumorberichten als Autopsieprotokolle erwiesen.

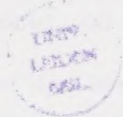
1. Material

Alle Patienten der chirurgischen Universitätsklinik Erlangen - Nürnberg aus den Jahren 1968 - 1980 mit einem benignen Oesophagustumor wurden berücksichtigt.

Ausgeschlossen wurden diejenigen Patienten, bei denen zwar der Verdacht auf einen benignen Tumor ausgesprochen wurde, die aber nicht einer Operation zugeführt wurden. Weiterhin wurden auch die Fälle ausgeschlossen, bei denen sich nach dem Verdacht auf eine gutartige Läsion histologisch die Malignität des Geschehens ergab.

Ebenfalls nicht in diese Arbeit einbezogen wurden Fälle, die sich während der Operation als benigne Bauchwand- bzw. Thoraxwandtumoren verifizierten.

Die Auswertung der Ergebnisse geschah nach folgenden Gesichtspunkten:
Diagnostischen Vorgehen, Beschwerden vor der Operation, Therapie, Histologie und Komplikationen nach der Operation.



2. Ergebnisse

Von 1968 bis 1980 wurden 15 Patienten mit benignen Oesophagustumoren operiert. Ein Patient ist in der Zwischenzeit an einer anderen Krankheit verstorben.

2.1. Geschlechts- und Altersverteilung

Von den 15 Patienten waren 8 männlichen und 7 weiblichen Geschlechts; das entspricht einer Häufigkeitsverteilung von 53,5 % männlichen und 46,5 % weiblichen Patienten.

Das Durchschnittsalter betrug 45,7 Jahre; die jüngste Patientin war am Operationstag 27 Jahre, der älteste Patient 64 Jahre alt (Tab. 1).

Am häufigsten wurde die Operation zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre durchgeführt, um dann nach einem kurzen Abfall einen zweiten Gipfel zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr zu erreichen.

Alter in Jahren	Anzahl absolut	in %
21 - 30	1	6,6
31 - 40	5	33,3
41 - 50	3	20,0
51 - 60	4	26,6
61 - 70	2	13,5

Tab. 1 : Altersverteilung bei gutartigen
Oesophagustumoren.

Von den Patienten waren ein Drittel Arbeiter
und ein Viertel Angestellte. Der Rest
verteilte sich auf andere Berufe.

2.2. Diagnostik

Bei der Diagnostik stehen die Beschwerden des
Patienten und die Endoskopie im Mittelpunkt.

2.2.1. Tumorersterkennung

In über 50 % der Fälle war der Hausarzt der Erste, der den Verdacht auf einen benignen Oesophagustumor aussprach.

In weiteren 20 % der Fälle hatte ein auswärtiger Facharzt den Verdacht geäußert, während das restliche Viertel in einem auswärtigen Krankenhaus diagnostiziert wurde (Tab. 2).

Ersterkennung	Anzahl absolut	in %
Hausarzt	8	53,5
Auswärtiger Facharzt	3	20,0
Auswärtiges Krankenhaus	4	26,5

Tab. 2 : Tumorersterkennung

2.2.2. Beschwerden vor der Operation

Um eine Klassifikation der individuellen Beschwerdeangaben zu ermöglichen, wurden die angegebenen Symptome in 6 Punkte gegliedert (Tab. 3).

Dabei gaben die meisten Patienten an, daß ihnen " der Bissen stecken bleibt " (37,7 %).

Von 24,2 % der Patienten wurde ein retrosternales Druckgefühl angegeben. Nur bei 6,9 % der Patienten wurde das Symptom Dysphagie beobachtet, während ein Erbrechen nur von einem Patienten notiert wurde.

Keine Angaben waren bei 4 Patienten zu erhalten.

Beschwerden	Anzahl absolut	in %
" Bissen steckt "	11	37,7 ,
Druckgefühl retrosternal	7	24,2
Nüchternschmerz	4	13,9
Dysphagie	2	6,9
Erbrechen	1	3,4
Keine Angaben	4	13,9

Tab. 3 : Beschwerden vor der Operation

2.2.3. Endoskopie

Endoskopisch wurde bei 46,7 % aller Patienten die Diagnose benigner Tumor gesichert.

Bei 26,7 % der Patienten wurde der Verdacht auf einen Tumor geäußert, während bei 13,3 % der Patienten eine Stenose verifiziert wurde (Tab. 4)

Ergebnis	Anzahl absolut	in %
Kein Hinweis	-	-
Verdacht auf Tumor	4	26,7
Stenose	2	13,3
Gesichert (benigner Tumor)	7	46,7
Keine Endoskopie	2	13,3

Tab. 4 : Endoskopie

2.3. Tumorsitz

Die benignen Oesophagustumoren sitzen in 13,5 % aller Fälle im oberen Drittel der Speiseröhre (21 - 30 cm Abstand von der Zahnreihe). In 46,5 % hatte der Tumor seine Lokalisation im mittleren Drittel (31 - 40 cm Abstand von der Zahnreihe), und in 40 % im unteren Drittel des Oesophagus (41 - 50 cm Abstand von der Zahnreihe) (Tab. 5).

Lokalisation	Anzahl absolut	in %
Oberes Drittel	2	13,5
Mittleres Drittel	7	46,5
Unteres Drittel	6	40,0

Tab. 5 : Tumorsitz

2.4. Therapie

Alle 15 Patienten wurden operiert.

Als Zugang zum Operationsgebiet wurde in 80 % aller Fälle die Thorakotomie gewählt. In 46,7 % wurde linksseitig und in 33,3 % rechtsseitig thorakotomiert.

In 20 % der Fälle wurde eine Laparatomie durchgeführt, um an den Oesophagus zu gelangen (Tab. 6).

Bei der Operationstechnik stellte sich heraus, daß lediglich bei einem einzigen Patienten eine Tumorexstirpation mit Oesophagusresektion und anschließender Fundoplicatio als Methode gewählt werden mußte. In 60 % aller operierten Fälle genügte eine submuköse Ausschälung des Tumors ohne Eröffnung des Oesophagus, und in den restlichen 33,3 % wurde eine Ausschälung mit Eröffnung des Oesophagus durchgeführt. Hier wurde anschließend der Oesophagus mit einer Naht versorgt (Tab. 7).

Zugang	Anzahl absolut	in %
Thorakotomie	12	80,0
links	5	33,3
rechts	7	46,7
Laparatomie	3	20,0

Tab. 6 : Operationszugang

Operationstechnik	Anzahl absolut	in %
Submuköse Ausschälung	9	60,0
Tumorexstirpation und Fundoplicatio	1	6,7
Ausschälung mit Eröffnung des Oesophagus	5	33,3

Tab. 7 : Operationstechnik

Im Durchschnitt dauerte eine Operation in unserem Hause 57 Minuten.

2.5. Komplikationen nach der Operation

An erster Stelle der postoperativen Komplikationen stand ein pleuraler Erguß (17,7 %). Durch antibiotische Abdeckung konnte er konservativ zur Abheilung gebracht werden.

Mit 11,7 % stand an zweiter Stelle der postoperativen Komplikationen eine lokale Wundheilungsstörung.

Anschließend erfolgte in 5,9 % eine Nahtinsuffizienz, die röntgenologisch durch Breischluck verifiziert wurde. Auch sie konnte mit konservativen Mitteln erfolgreich behandelt werden.

Ebenfalls in 5,9 % wurde ein Pleuraempyem diagnostiziert.

In einem Falle wurde eine Hiatushernie gefunden. In Anbetracht der sehr geringen Läsion war auch hier eine operative Korrektur nicht nötig.

In über 50 % aller in unserem Hause operierten Fälle (52,9 %) konnten keine Komplikationen oder Beschwerden festgestellt werden.

Die postoperative Letalität betrug 0 % (Tab. 8).

Komplikationen	Anzahl absolut	in %
Pleura-Erguß	3	17,7
Wundheilungsstörung	2	11,7
Nahtinsuffizienz	1	5,9
Pleuraempyem	1	5,9
Hiatushernie	1	5,9
Keine	9	52,9

Tab. 8 : Komplikationen nach der Operation

2.6. Histologie

In 80 % wurde ein Leiomyom gefunden, jeweils einmal ein Fibromyom, ein Lipom und ein Neurinom (Tab. 9).

Histologie	Anzahl absolut	in %
Leiomyom	12	80,00
Fibromyom	1	6,66
Lipom	1	6,67
Neurinom	1	6,67

Tab. 9 : Histologie des Tumors

Die Größe des Tumors - gemessen am histologischen Präparat - beträgt im Mittel 6 cm × 3 cm × 2 cm.

Über 70 % aller gefundenen Tumoren liegen in diesem Bereich (Tab. 10).

	Mittel	Maximum	Minimum
Länge	6,1 cm	13,0 cm	1,5 cm
Breite	2,9 cm	10,0 cm	1,0 cm
Tiefe	2,1 cm	6,0 cm	0,8 cm

Tab. 10 : Größe des Tumors

3. Diskussion

Benigne Oesophagustumoren sitzen an einer schlecht zugänglichen Stelle des menschlichen Körpers. Trotz ausgezeichneter Technik ergeben sich deshalb immer noch Probleme beim Erkennen, Lokalisieren und Therapieren solcher Geschwülste.

In dieser Studie wurden nun sämtliche Fälle von gutartigen Oesophagustumoren der Universitätsklinik Erlangen - Nürnberg aus den Jahren 1968 - 80 ausgewertet.

Bei der Geschlechtsverteilung unterschied sich das Krankengut unserer Klinik doch erheblich von den Angaben in der Weltliteratur (14,27,34,41,43,47, 48,49).

Denn während in der angegebenen Literatur das Verhältnis von Männern zu Frauen zwischen 1,9 zu 1 bis zu 3 zu 1 bewegt, lag dieser Index in unserer Klinik bei 1,15 zu 1.

Dieses Mißverhältnis liegt natürlich auch an der geringen Patientenzahl, mit der in dieser Studie gearbeitet werden mußte.

Bei der Altersverteilung ergibt sich dagegen ein Konsensus mit anderen Zentren (1,2,30,31, 49,53,58).

Unsere jüngste Patientin war 27 Jahre jung, und unser ältester Patient war 64 Jahre alt. Auch lag ihr Mittelwert mit 44 bis 49 Jahren im Bereich des Mittelwertes, der sich anhand der Altersangaben der Patienten unserer Klinik errechnen ließ, nämlich bei 45,7 Jahren.

Festzuhalten bleibt noch, daß die benignen Tumoren des Oesophagus gehäuft zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr und zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auftreten.

Interessanterweise war der Hausarzt in über 53 % aller ausgewerteten Fälle der erste Arzt, der zumindest den Verdacht auf ein Oesophagusgeschehen aussprach.

Anschließend waren die Ärzte in einem auswärtigen Krankenhaus die Nächsten, die den Tumor verifizierten bzw. den dringenden Verdacht äußerten, während die auswärtigen Fachärzte lediglich in 20 % die Überweisung wegen des Verdachtes auf einen Speiseröhrentumor veranlassten.

Während in der angegebenen Literatur (13,16,17, 18, 24, 31, 34, 38, 45, 47, 48, 49, 54) bei ungefähr 50 % der untersuchten Patienten keinerlei Beschwerden festgestellt wurden, konnte dies bei unserem Patientengut lediglich in 13,3 % der Fälle ermittelt werden.

Die Angaben in dieser Arbeit stützen sich auf Daten von Patienten, die während der Zusammenstellung dieser Arbeit noch lebten; in keinem

Fälle wurden Autopsieprotokolle verwendet bzw. wurde eine Autopsie vorgenommen.

Von den angegebenen Symptomen ragte folgendes heraus:

11 der Patienten gaben an, daß ihnen " der Bissen stecken bleibt ". In 7 Fällen wurde ein retrosternales Druckgefühl angegeben, und 4 x das Symptom Nüchternschmerz. Das Symptom " Dysphagie " gaben lediglich 2 Patienten zu Protokoll.

Interessanterweise konnten in dem überwiegenden Teil der angegebenen Literatur die Symptome " Dysphagie " und " Schmerz " an erster Stelle gefunden werden.

Diese divergierende Reihenfolge in der Symptomatik dürfte unseres Erachtens nach lediglich auf eine unterschiedliche Wertung der verschiedenen angegebenen Beschwerden zurückzuführen sein bzw. auf eine unterschiedliche Einteilung.

Ebenfalls abweichend von unseren Patientendaten ist die Dauer der angegebenen Symptome, über die andere Zentren berichten (17, 31, 34, 42, 48, 49, 57, 58).

Während in unserer Klinik der überwiegende Teil der Patienten den Beginn seiner Beschwerdesymptomatik auf die letzten zwölf Monate vor dem Operationstermin ansetzte, konnte in der angegebenen Literatur lediglich ein Prozentsatz von 35 % - 40 % für den gleichen Zeitraum gefunden werden.

Auch gab keiner unserer Patienten an, die Beschwerden länger als fünf Jahre gehabt zu haben - im Gegensatz z.B. zu SEREMENTIS (49), bei dem noch 30 % seiner untersuchten Fälle eine Beschwerdesymptomatik - über fünf Jahre hin angaben.

Bei der endoskopischen Abklärung konnte in fast 50 % der Fälle die Diagnose praktisch gesichert angegeben werden, während in 26,7 % aller untersuchten Fälle sich der Verdacht erhärtete.

Der hohe Prozentsatz an Hinweisen, der sich durch die Endoskopie ergab, stimmt mit den in anderen Zentren gefundenen Zahlen praktisch überein (3, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 19, 20, 21, 22, 30, 33, 37, 38, 41, 43, 49, 51, 55).

An unserer Klinik wurde auf die Auswertung der röntgenologischen Untersuchung verzichtet, da dies in der überwiegenden Anzahl der untersuchten Fälle teils nur zur zusätzlichen Diagnosesicherung, teils auch in auswärtigen Häusern durchgeführt wurde.

Das chirurgische Vorgehen ist bei den meisten dieser Fälle die transthorakale Enukleation des Tumors gewesen.

In Übereinstimmung mit allen anderen Autoren (8, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 24, 25, 31, 35, 36, 39, 45, 46, 47, 48, 49) entschied die Lokalisation des Tumors über die Seitenwahl bei der Thorakotomie:

eine linksseitige Thorakotomie wurde überwiegend bei Tumoren durchgeführt, die im unteren Drittel des Oesophagus saßen, während bei Läsionen im mittleren und oberen Drittel eine rechtsseitige Thorakotomie bevorzugt wurde.

Eine Laparatomie als Operationszugang wurde an unserer Klinik in 20 % der Fälle gewählt, womit der Durchschnitt an anderen chirurgischen Kliniken mit 6 % - 10 % weit übertroffen wurde.

Die Gründe für diesen hohen Prozentsatz dürften u.a. darin liegen, daß sich bei diesen 20 % mehrere Patienten befanden, die durch eine früher vorgenommene Operation einen Bauchschnitt hatten und unsere Chirurgen in diesen Fällen den alten Schnitt als Operationszugang wählten.

Die endoskopische Eukleation wurde in keinem Falle ausgeführt. Im allgemeinen liegt diese Rate auch sehr niedrig, bei 2 % - 8 %.

Die Technik der operativen Entfernung des Tumors bewegte sich im üblichen Rahmen: in 60 % unserer Fälle genügte eine submuköse Ausschälung, und bei fünf Patienten mußte zusätzlich der Oesophagus miteröffnet werden.

Lediglich bei einem einzigen Patienten mußte neben der Tumorexstirpation eine Oesophagusresektion mit anschließender Fundoplicatio durchgeführt werden, hauptsächlich bedingt durch die Größe des Eukleats.

Über die vorne beschriebenen postoperativen Komplikationen läßt sich sagen, daß sie zu 75 % im Verlauf einer postoperativen Infektion auftraten, so daß sich ein Zusammenhang zwischen einer " echten " nachoperativen Störung und dem operativen Vorgehen in diesen Fällen nur sehr schwer herstellen läßt.

Lediglich bei einem einzigen Patienten trat eine Nahtinsuffizienz auf; dieses gute Ergebnis bewegt sich durchaus im Rahmen von anderen Klinken.

Zur Lokalisation der Tumoren ist zu bemerken, daß 13,5 % der Geschwulste im oberen Drittel saßen, 46,5 % im mittleren und 40 % im unteren Drittel.

Allerdings ergaben sich Unterschiede zu den Zahlen anderer Klinken.

Während die Angaben im oberen Drittel der Speiseröhre ungefähr identisch waren (13,5 % zu 15 % - 18 %), differierten die Zahlen im mittleren Drittel um ungefähr 10 % (46,5 % zu 33 % - 36 %) und im unteren Drittel um 10 % - 15 %. (40 % zu 50 - 55 %).

Höchstwahrscheinlich dürften diese unterschiedlichen Angaben auf unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen ihren Ursprung haben, obwohl ein deutlicher Konsens der Bewertungskriterien der Lokalisation der gutartigen Oesophagustumoren zwischen unserer Klinik und den Angaben anderer Zentren nachzuweisen ist (14, 16, 23, 24, 30, 31, 34, 35, 40, 41, 47, 48, 49, 53, 58).

Bei der histologischen Untersuchung der Präparate ergab sich wiederum eine Übereinstimmung mit den Angaben in der Literatur (1, 13, 14, 16, 17, 22, 27, 29, 30, 46, 47, 49, 53, 57, 58).

80 % aller bei uns gefundenen Tumoren waren Leiomyome, und die restlichen 20 % waren je ein Fibromyom, ein Lipom und ein Neurinom. In keinem Fall wurde eine Zyste, Polypen oder eine Kalzifikation gefunden. Auch eine maligne Entartung konnte bei keinem Patienten entdeckt werden.

Die Durchschnittsgröße von benignen Tumoren des Oesophagus wird allgemein mit 2 x 5 cm angegeben.

Auch hier unterschied sich die mittlere Größe unserer gefundenen Tumoren mit 2,9 x 6,1 cm nicht allzu erheblich.

4. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden 15 Patienten mit benignen Tumoren des Oesophagus untersucht.

Zwischen Männern und Frauen ergaben sich dabei mit 53,5 % zu 46,5 % nur geringe Unterschiede.

Bei der Altersverteilung wurden zwei Häufigkeitsgipfel zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr und zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr gefunden.

Der Hausarzt hielt bei der Tumorersterkennung mit 53,5 % aller erkannten Fälle mit weitem Abstand den ersten Platz.

Mit dem Gefühl des " Bissen stecken bleibens " und des retrosternalen Druckes bzw. des Nüchternschmerzes lagen klassische Symptome weit vorne, während die Dysphagie im Gegensatz zur angeführten Literatur nur in 6,9 % der Fälle angegeben wurde.

Als Operationszugang wurde 12 x die Thorakotomie gewählt, während eine Laparaskopie 3 x zur Anwendung gelangte.

Nur bei einem Patienten mußte eine Oesophagusresektion mit anschließender Fundoplikatio durchgeführt werden, während sonst eine Ausschälung des Tumors genügte.

Bei einem Patienten entwickelte sich als postoperative Komplikation eine Nahtinsuffizienz.

Die postoperative Mortalitätsrate beträgt 0 %.

Als Tumorsitz konnte in 13,5 % aller untersuchten Fälle das obere Drittel der Speiseröhre ermittelt werden, in 46,5 % das mittlere und in 40 % der Fälle das untere Drittel.

Bei der histologischen Begutachtung der Operationspräparate lag das Leiomyom mit 80 % an der Spitze, gefolgt von jeweils einem Fibromyom, einem Lipom und einem Neurinom.

Die durchschnittliche Größe des Tumors lag bei 2,9 x 6,1 cm.

5. Literatur

1. Allamand, J., e.a.: Benign tumors of the
esophagus
Prensa Med Argent
58: 1477 - 83, 17 Sept 71
2. Ambrosini, A, e.a.: Leiomyoma of the
esophagus
Minerva Chir 31 (6):
251 - 5, 31 May 76
3. Antonovich, VB, e.a.: Diagnosis of
esophageal leiomyoma
Vestn Rentgenol Radiol
(4): 83 - 4, Jul - Aug 79
4. Bartusevichene, As., e.a.: Case of esophageal
neuroleiomyomatosis
Vestn Rentgenol
Radiol
(5): 83 - 5, Sept 80
5. Baumgartner, WA, e.a.: Esophageal leiomyoma
first seen as a
superior mediastinal
mass
Arch Surg 115 (1):
94, Jan 80

6. Ben - Menachem, Y, e.a.: Angiographic
characteristics of
esophageal leiomyomata
Am J Roentgenol
128 (3): 479 - 82,
Mar 77
7. Berry, BE: Esophageal leiomyomata:
spectrum of clinical presentation
and management
J'La State Med Soc 132 (7):
102 - 4, Jul 80
8. Broeckaert, J, e.a.: Should a benign and
asymptomatic esophageal
tumor be operated on ?
Acta Gastroenterol Belg
40 (11 - 12): 381 -7,
Nov 78
9. Brombart, M,: Radiologie des tumeurs benignes
et malignes de l'oesophage
Am Gastroenterol Hepat 9:
169, 1973
10. Caron - Poitreau, C.,e.a.: Leiomyoma of the
esophagus
J Radiol Electrol Med Nucl
53: 282 - 4, Mar 72

11. Chonè, B, e.a.: Leiomyoma of the esophagus
with an epiphrenal diverticulum
ROEFO 128 (2): 231 -3, Feb 78
12. Dillow, BM., e.a.: Leiomyoma of the
esophagus
Am J Surg 120: 615 - 9,
Nov 70
13. Drews, R.: Benign esophageal tumors
Bull Soc Int Chir 29:
131 - 3, May - Jun 70
14. Frankfurt, LA.: Benign neoplasms of the
esophagus
Gruđn Khir 12: 101 - 2,
May - Jun 70
15. Godard, JE.,e.a.: Multiple leiomyomas of
the esophagus
Am J Roentgenol Radium
Ther Nucl Med
117: 259 - 62, Feb 73
16. Goffi, FS, e.a.: Benign tumors of the
esophagus: diagnosis and
treatment
AMB 24 (11): 375 - 6, Nov 78
17. Haber, K.,e.a.: Multiple leiomyomas of the
esophagus
Am J Dig Dis 19;
678 - 80, Jul 74

18. Helfer, A., e.a.: Leiomyoma of the
esophagus: a case
report
Chir Ital 31 (3):
342 - 58, Jun 79
(72 ref)
19. Heully, F; J. Grosdidier; P. Gaucher;
G. Rauber; B. Richaume; J. Duval;
R. Fourati : Leiomyome oesophago -
gastrique chez un malade de
16 ans
Tunis Med 49: 103, 1971
20. Inokuchi, T, e.a.: Esophageal leiomyoma
Acta Med (Fukuoka)
47 (1): 42 - 5, Jan 77
21. Kaymakcalan, H., e.a.: Hypertrophic osteo-
arthropathy with
myogenic tumors of
the esophagus
Am J Gastroenterol
74 (1): 17 - 20,
Jul 1980
22. Kessler, B., e.a.: Benign tumor of the
esophagus
Leber - Magen - Darm
10 (1): 28 - 31, Feb 1980
23. Kobuto, T., e.a.: Diffuse leiomyomatosis of
the esophagus
Dig Dis Sci 25 (5):
388 - 91, May 80

24. Kort, J. : Esophageal leiomyoma:
Diagnosis and therapy
Med Welt 25:443 - 5, 15 Mar 74
25. Králik, J., e.a.: Benign intramural tumors
of the esophagus
Zentralbl Chir 97:
1688 - 96, 25 Nov 72
26. Lafleur, GJ.: A case of multiple
esophageal leiomyomata
J La State Med Soc 130 (6):
123 - 5, Jun 78
27. Lagaay, ME : Leiomyoma of the esophagus
Arch Chir Neerl. 26;
26 - 33, 1974
28. Limet, R., e.a.: Leiomyomas of the
esophagus
Rev. Med. Liege
31 (12) : 383 - 8,
15 Jun 76
29. Matiaskin, IM, e.a.: Benign esophageal
neoplasm
Vestn Khir 105:
8 - 11, Sept 70
30. Maxsour, KA, e.a.: Benign tumors of the
esophagus:
experience with 20 cases
South Med J 70 (4):
461 - 4, Apr 77

31. Merlier, M, e.a.: Leiomyomas of the
esophagus.
Report of 20 cases
(author's translation)
J Chir (Paris) 113 (3):
249 - 54, 1977
32. Minski, P.R.: Zur Entwicklungsgeschichte
und Klinik der Polypen und
polypenähnlichen Gewächse des
Rachens und der Speiseröhre
Dsche Zr F Chir 41: 413, 1895
33. Miyamoto, S, e.a.: Esophageal leiomyoma
diagnosed by
mediastinoscopy
(author's translation)
Kyobu Geka (3): 214 - 7,
Mar 79
34. Moser, G, e.a.: Esophageal leiomyomas:
apropos of 16 cases
Helv Chir Acta 45 (6):
657 - 66, Febr 79
35. Motta, GB, e.a.: An unusual case of esophago -
gastric leiomyoma
Chir Ital 30 (5):
592 - 8, Oct 78

36. Ogiwara, T, e.a.: Leiomyoma of the
esophagus associated with
gastric ulcer: one case
report and review of the
surgical literature
Riusho Hokasen 22 (12):
1305 - 9, Dec 77
37. Olbert, F.: Leiomyoma of the esophagus
Fortschr Geb Roentgenstr
Nuklearmed 113: 11 - 5,
Jul 70
38. Otulski, H, e.a.: Diagnostic difficulties
in cases of esophageal
leiomyoma
Pol Przegl Chir 50 (3):
247 - 9, Mar 78
39. Pichlmaier, H, e.a.: Benign esophageal
diseases
Zentralbl. Chir. 100 (5):
257 - 65, 1975
40. Prystasz, T, e.a.: Case of esophageal
leiomyoma
Wiad Lek 32 (6):
415 - 8, 15 Mar 79

41. Roček, V., e.a.: Leiomyomas of the
esophagus
Cesh Radiol 30 (2):
104 - 12, Mar 76
42. Saegesser, F. : Benign diseases of the
esophagus
Praxis 65 (25):
771 - 3, 22 Jun 76
43. Santamaria Garcia JL, e.a.: Esophageal
leiomyoma
Rev Esp Enferm
Apar Dig 36:
631 - 54,
15 Mar 72
44. Sauerbruch, F., O'Shaughnessy, L.: Thoracic
Surgery
Edwald Arnold
& Co.,
P. 402, 1937
45. Schabel, SI., e.a.: Esophageal perforation
secondary to benign
leiomyoma
South Med J 73 (1):
84 - 5, Jan 80

46. Schubert, HJ., e.a.: Leiomyoma of the
esophagus
Thoraxchirurgie 24 (3),
177 - 86, Jun 76
47. Segel, JE, e.a.: Benign tumors of the
esophagus (7 cases)
Rev. Esp. Enferm Apar Dig
42; 647 - 68, 15 Mar 74
48. Serementis, MG, e.a.: Leiomyoma of the
esophagus:
A report of 19 surgical
cases
Am Thorac Surg 16:
308 - 16, Sept 73
49. Serementis, MG, e.a.: Leiomyomata of the
esophagus.
An analysis of 838
cases
Cancer 38 (5):
2166 - 77, Nov 76
50. Serrano Munoz, F, e.a.: Diffuse leiomyoma
of the esophagus.
Report of a case
Rev Clin Esp 145 (3):
15 May 77

51. Shaffer, HA Jr.: Multiple leiomyomas of
the esophagus
Radiology 118 (1):
29 - 34, Jan 76
52. Smith, EB.: Leiomyomas of the esophagus:
a clinical experience
J Nath Med Assoc 72 (11):
1079 - 82, Nov 1980
53. Spin, FP,: Adenomas of the esophagus:
a case report and review of
the literature
Gastrointest Endosc 20: 26, 1973
54. Thomas, TV.: Leiomyoma of the esophagus
Postgrad Med 49: 53 - 4, Jun 71
55. Ullal, S.R.: Hypertrophic osteoarthropathy
and leiomyoma of the esophagus
Amer J Surg 123: 356, 1972
56. Virchow, R.: Die krankhaften Geschwülste
Vol 3, Berlin, A. Hirschwald,
p. 128, 1867
57. Virkulla, L., e.a.: Benign esophageal
Neoplasmas
Duodecim 88;
1113 - 8, 1972

58. Wiechowski, S., e.a.: Benign intramural
esophageal tumors
Pol Tyg Lek 34 (48):
1871 - 2, 26 Nov 79
59. Zängl, A.: Benign diseases of the esophagus
Z Gastroenterol. (Verh.) (8);
100 - 5, 1976

DANKSAGUNG

Herrn Prof. Dr. med. F. P. Gall, Direktor
der Chirurgischen Universitätsklinik
Erlangen - Nürnberg, danke ich für die
Erlaubnis, die Einrichtungen der Klinik
für die Durchführung der Dissertation in
Anspruch nehmen zu dürfen.

Mein Dank gilt weiterhin Herrn Prof.
Dr. med. B. Husemann für die Ratschläge,
die er mir zur Durchführung der Arbeit
erteilt hat.

Herrn Dr. med. Boedeker danke ich für die
Überlassung des Themas und für seine Unter-
stützung.

Ganz besonderer Dank gilt Herrn Kraus, ohne
dessen tatkräftige Hilfe diese Arbeit
nicht so schnell hätte beendet werden können.

LEBENS LAUF

Am 25. März 1954 wurde ich, Matthias Ludwig Renatus Presch, als erstes von vier Kindern des Arztes Dr. med. Hans - Rudolf Presch und seiner Frau Renate, geb. Klotz in Münchberg geboren.

Nach dem Besuch der Volksschule in Bad Steben trat ich 1964 in das humanistische Jean - Paul - Gymnasium in Hof/Saale ein, an dem ich 1974 die Reifeprüfung ablegte.

Von Oktober 1974 bis September 1976 diente ich in der Sanitätstruppe des Heeres in Regensburg, die ich als Leutnant d. R. verlies.

Von Oktober 1976 bis Juni 1977 war ich als Krankenpflegeschüler im Kreiskrankenhaus Kronach angestellt.

Am 16. Juni 1977 begann ich das Studium der Human-Medizin an der Technischen Universität München.

Nach bestandener ärztlicher Vorprüfung am 20. März 1979 wechselte ich an die Friedrich - Alexander - Universität Erlangen - Nürnberg. Dort habe ich am 28. August 1980 das I. Staatsexamen, am 19. März 1982 das II. Staatsexamen und am 7. und 14. April 1983 das III. Staatsexamen erfolgreich abgelegt.

Seit dem 18. Juni 1983 bin ich mit Martina, geb. Sandler verheiratet.

Zur Zeit bin ich als Assistenzarzt auf der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses Kronach tätig.

